Über

Gesichts- und Stirnlagen

in der Poliklinik der Breslauer Universitäts-Frauenklinik
aus den Jahren 1894—1900.

Inaugural-Dissertation,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Genehmigung der

hohen medizinischen Fakultät der Kgl. Universität Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

am

Freitag, den 1. Februar 1901, mittags 1½ Uhr

in der Aula Leopoldina der Universität

öffentlich verteidigen wird

Georg Kunicke,

Arzt.

Opponenten:

Dr. Paul Kroemer, Assistenzarzt am Krankenhause der Elisabethinerinnen zu Breslau.

Dr. Ernst Bröer, Assistenzarzt am Allerheiligen-Hospital zu Breslau.

Breslau, 1901.

Druck von Grass, Barth u. Comp. (W. Friedrich).

Zum Druck genehmigt auf Antrag des Referenten
Geheimen Medizinal-Rats Prof. Dr. **Küstner.**

Uhthoff, Prodekan.

Seinem lieben Vater

in Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546309_0016

Zu denjenigen pathologischen Entbindungen, die stets das Interesse des Geburtshelfers für sich in Anspruch genommen haben, gehört auch die Entbindung in Gesichtslage.

Sie ist es, für die, namentlich früher, in dem Wunsche, sie therapeutisch beeinflussen zu können, die verschiedensten Arten von Kunsthilfe von den einzelnen Schulen empfohlen worden sind, und die die mannigfachsten Handgriffe zu ihrer Correction gezeitigt hat. Mit ihr sind die Namen von Baudelocque, Scanzoni, Thorn und Schatz verbunden.

Wie gross dieses Interesse von jeher gewesen ist, bezeugt die sehr reichhaltige Litteratur aus allen Zeiten.

Wenn auch in neuerer und neuester Zeit im wesentlichen die Ansicht aller Schulen sich dahin geltend gemacht hat, dass, ausser bei etwa eintretenden, das Leben von Mutter oder Kind direkt gefährdenden Complicationen, ein therapeutischer Eingriff nicht erforderlich, sondern im Gegenteil in der Regel exspektativ zu verfahren sei, so hat damit doch das Interesse für dieselben noch nicht nachgelassen. Es ist somit auch jeder kasuistische Beitrag, namentlich wenn er eine doch immerhin grössere Anzahl von Gesichtslagengeburten betrifft, von erheblichem Interesse, da er die Erfolge dieses bei ihnen geübten exspektativen Verfahrens, etwa eingetretene Complicationen und die durch diese erforderlich gewordene Kunsthilfe mit dem schliesslichen Resultat für Mutter und Kind behandelt.

Der Direktor der hiesigen Königlichen Universitäts-Frauenklinik, Herr Geheimer Medicinalrat Prof. Dr. Küstner, erteilte mir daher den Auftrag, aus dem poliklinischen Material ge-

nannter Klinik aus den Jahren von 1894 bis jetzt eine Zusammenstellung in diesem Sinne zu machen. Es liegen mir danach jetzt 52 Fälle von Gesichtslagengeburten vor, denen ich, als gleichfalls ganz besonderes Interesse beanspruchend, 12 Fälle von Stirnlage mit dem dabei eingeschlagenen therapeutischen Verfahren angegliedert habe.

Wenn auch eine derartige Entnahme aus dem poliklinischen Material bei weitem nicht den Wert einer Statistik von klinisch genau beobachteten und bezüglich aller etwa in Frage kommenden Momente sorgfältig durchforschten Fällen für sich in Anspruch nehmen kann, so dürfte dieselbe doch von erheblicherer Wichtigkeit und besonderem Interesse für den praktischen Arzt sein, der in seiner geburtshilflichen Praxis doch sehr vielfach mit pathologisch verlaufenden Entbindungen zu thun hat, zumal da in der Poliklinik doch nur die auch jenem zu Gebote stehenden Hilfsmittel und unter den gleichen Bedingungen zur Anwendung gelangen können.

Indem ich mich nun in vorliegender Arbeit wesentlich an die Definition Küstners[1]) halte, bezeichne ich als Gesichtslage diejenige, bei welcher im Verlauf des Austrittsmechanismus das Gesicht, als Stirnlage die, bei der die Stirn vorausgeht, resp. die Führung übernimmt. Jedoch habe ich auch die Lagen inbegriffen, bei welchen aus einer ursprünglich beim Geburtsbeginn vorhandenen Gesichts- resp. Stirneinstellung im Verlauf oder am Schluss der Geburt entweder durch Natur- oder durch Kunsthilfe eine andere Lage hergestellt wurde, in der schliesslich der Austritt der Frucht erfolgte.

Die Fälle, die sich demnach aus dem vorliegenden Material ergeben, sind folgende:

A. Gesichtslagen.

Jahrgang 1894/95.

No. 1. J.-No. 4. 4/IV. 94. Martha F. 26 J. I p. II. Gesichtslage. Bei Eintreffen des Arztes kindl. Herztöne nirgends hörbar, daher Zange; Mädchen ohne Herzschlag geboren. Schultzesche Schwingungen erfolglos. Kl. Scheidenriss wird genäht, Damm erhalten. Wochenbett fieberfrei.

No. 2. J.-No. 53. 3/V. 94. Minna Qu. 24 J. I p. I. Gesichtslage, lebender Knabe leicht asphyktisch, sehr starke Gesichtsgeschwulst. Wochenbett fieberfrei.

[1]) P. Müllers Handbuch der Geburtshilfe, Bd. II.

No. 3. J.-No. 278. 19/IX. 94. Pauline Ku. 42 J. III p. Zwillinge; No. 1 in Gesichtslage, No. 2 faultot, 1 lebender und 1 toter Knabe, Spontangeburt. Wochenbett fieberfrei.

No. 4. J.-No. 322. 17/X. 94. Rosina St. 29 J. IV p. Gesichtslage, spontan, faultotes Mädchen. Wochenbett fieberfrei.

No. 5. J.-No. 440. 31/XII. Ernestine O. 38 J. VIII p. I. Gesichtslage. Becken normal. Mangelhafte Wehen. Frau erschöpft, daher 0,01 Morphin p. o., danach gute Wehen, Rechtslagerung, darauf Spontangeburt, lebendes Mädchen, Nabelschnur 2 mal um den Hals und 1 mal um den Rumpf geschlungen. Wochenbett normal und fieberfrei bis auf eine am 5. Tage erfolgte Temperatursteigerung, die nach durch Ol. Ricini erfolgtem Stuhlgang schwindet.

No. 6. J.-No. 449. 8/I. 95. Pauline L. 39 J. XIII p. I. Gesichtslage. Schatz - Baudelocque'scher Handgriff 3 mal ohne Erfolg versucht. Wegen schlechter Wehen Morphium. Spontangeburt eines lebenden Mädchens, das leicht asphyktisch ist. Wochenbett fieberfrei.

No. 7. J.-No. 580. 25/III. 95. Auguste H. 28 J. I p. II. Gesichtslage. In Narkose Thorn'scher Handgriff vergeblich versucht. Wegen Krampfwehen 2 mal Morphin p. o. 0,01, schliesslich Spontangeburt eines lebenden Knaben, der leicht asphyktisch ist. Wochenbett fieberfrei.

Jahrgang 1895/96.

No. 8. J.-No. 7. 4/IV. 95. Luise D. 31 J. V p. Zwillinge. Der erste Zwilling ist bei Ankunft des Arztes bereits in II. Gesichtslage spontan geboren. Der zweite folgt in I. Schädellage. Beide Kinder männlichen Geschlechts sind völlig lebensfrisch. Der erste 1750 gr, der zweite 2000 gr schwer. Wochenbett bis auf juckendes Erythem an Rumpf und Bauch (Lysol ?), am 2. und 3. Tage normal und fieberfrei.

No. 9. J.-No. 38. 25/IV. 95. Anna G. 35 J. VI p. II. Gesichtslage, Arm- und Nabelschnurvorfall in Ausdehnung von 10 cm. Da die Nabelschnur pulslos ist, Wendung auf beide Füsse mit anschliessender Extraktion. Das Kind, ein Knabe, ist blass asphyktisch und hat nur einige Herzschläge. Schultzesche Schwingungen haben nach 1 Stunde Erfolg. Doch stirbt das Kind am nächsten Tage 20 Std. p. p. an Asphyxie. Das Wochenbett ist normal und fieberfrei bis auf eine kleine Thrombose der rechten Vena saphena.

No. 10. J.-No. 380. 15/XI. 95. Selma K. 29 J. I p. II. Gesichtslage. Gesicht im Durchschneiden. Herztöne enorm schnell. Beschleunigter Austritt. Nabelschnur um den Hals geschlungen. Meconium folgt in dickem Strom. Kind, Mädchen, tief asphyktisch. Der ganz vereinzelte Herzschlag erlischt bald trotz Schultzescher Schwingungen. Damm intakt. Wochenbett fieberfrei.

No. 11. J.-No. 437. 15/XII. 95. Emilie K. 26 J. I p. I. Gesichtslage in mentoposteriorer Stellung; da zugleich die Herztöne dumpfer als vorher sind, wird die Zange angelegt, die Drehung nach Scanzoni in 3 Akten ausgeführt unter Wanderung der Zangenlöffel und ein lebensfrisches

Mädchen extrahiert. Der Damm ist intakt. Wochenbett normal und fieberfrei.

No. 12. J.-No. 479. 10/I. 96. Ottilie D. 27 J. II p. II. Gesichtslage (von dem Kassenarzt war ein abgestorbenes Kind diagnosticiert worden), Herztöne sind jedoch hörbar und nehmen rapid ab, während unter kräftigen Wehen Spontangeburt erfolgt, die durch den Ritgenschen Handgriff und Extraktion an der hinteren Schulter beschleunigt wird. Das Kind, ein Knabe, wird jedoch ohne Herzschlag geboren. Wochenbett fieberfrei.

No. 13. J.-No. 599. 12/III. 96. Maria T. 25 J. II p. Bei der Ankunft ist ein lebender Knabe in I. Gesichtslage bereits geboren. Das Wochenbett war fieberfrei.

Jahrgang 1896/97.

No. 14. J.-No. 1. 1/IV. 96. Luise St. 24 J. II p. Bei der Ankunft des Arztes ist bereits ein lebendes Mädchen in I. Gesichtslage geboren. Wochenbett fieberfrei.

No. 15. J.-No. 51. 27/IV. 96. Anna P. 26 J. III p. Spontangeburt in I. Gesichtslage. Das Kind, ein Mädchen, ist lebensfrisch. Wochenbett fieberfrei.

No. 16. J.-No. 62. 4/V. 96. Clara N. 20 J. II p. Geburt bereits bei Ankunft des Arztes spontan in Gesichtslage beendet. Das Kind, ein Mädchen, war lebensfrisch (sehr reichliches Fruchtwasser). Wochenbett fieberfrei.

No. 17. J.-No. 66. 6/V. 96. Julie M. 25 J. I p. Kreissende wurde in die Klinik überführt. (Klin. J. No. 78.) Daselbst werden in den rigiden Muttermund Incisionen gemacht. Der Thornsche Handgriff misslingt. Nach 2 Tagen (nach 4tg. Kreissen) erfolgt Spontangeburt in II. Gesichtslage, nachdem das Kind, ein Knabe, 6 Std. vorher abgestorben war. Das Gewicht desselben betrug 4100 gr bei einer Länge von 53 cm. Eihautretention. Im Wochenbett starker Meteorismus incl. Peritonitis. Medic. Opium und Eisblase. Heilung. Entlassung am 3. VI. 96.

No. 18. J.-No. 132. 6/VI. 96. Rosa W. 36 J. VII p. II. Gesichtslage. Bei der Ankunft schneidet das Gesicht bereits ein. Die Geburt verläuft spontan, das Kind, ein Mädchen, ist lebensfrisch; das Wochenbett ist fieberfrei.

No. 19. J.-No. 174. 8/VII. 96. Martha B. 19 J. I. p. I. Gesichtslage, unregelmässige stark verringerte Herztöne (70—80 in der Min.) Meconiumabgang, Vulvaödem. Zange, Drehung des Kinns nach vorn in 2 Akten, Extraktion eines lebensfrischen Knaben. Scheidendammriss II. Grades. Wochenbett fieberfrei.

No. 20. J.-No. 330. 4/X. 96. Ernestine W. 37 J. VII p. II. Gesichtslage, Spontangeburt eines lebenden Knaben, Wochenbett fieberfrei.

No. 21. J.-No. 499. 20/I. 97. Luise J. 30 J. VI p. Stets sehr lange dauernde Geburten II. Gesichtslage, Nabelschnurvorfall (pulsierend), mässig verengtes Becken, Muttermund vollk. erweitert, Wendung mit an-

schliessender Extraktion. Die Impression des nachfolgenden Kopfes ist schwer. Das Kind, ein Mädchen, ist leicht asphyktisch. Wiederbelebung durch Schultzesche Schwingungen und Hautreize. Wochenbett fieberfrei.

Jahrgang 1897/98.

No. 22. J.-No. 70. 7/V. 97. Agnes G. 32 J. IV p. II. Gesichtslage, Muttermund fast völlig erweitert, keine Wehen, Blase gesprungen. Thornscher Handgriff vergeblich versucht. Lagerung auf die linke Seite, darauf setzen Wehen ein. Spontangeburt eines lebenden Mädchens nach 4½ Std. Wochenbett fieberfrei.

No. 23. J.-No. 123. 2/VI. 97. Amalie W. 42 J. XIII p. Muttermund verstrichen. Kopf im Beckenausgang I. Gesichtslage. Gesichtslinie verläuft quer, Kinn mit der Neigung mehr nach hinten zu. Infolgedessen stundenlang kein Fortgang. Versuche, durch Lagerung das Kinn nach vorn zu bringen, bleiben erfolglos. Als die kindlichen Herztöne schlecht werden, Versuch mit der Zange, das Kinn nach vorn zu drehen. Die Zange liegt jedoch schlecht und gleitend anscheinend, ohne dass der Kopf folgt, wenigstens ist der Effekt ein so geringer, dass ohne schwere Verletzung der Mutter keine Aussicht ist, das Kind zur Zeit zu entwickeln. Daher weiter exspektatives Verhalten. Verabreichung von Morphium. Lagerung der Frau auf die rechte Seite. Nach 7 Std. Spontangeburt eines toten Knaben. Sehr grosses Kind. Die Nabelschnur ist um den Hals geschlungen. Wochenbett fieberfrei.

No. 24. J.-No. 222. 25/VII. 97. Clara J. 36 J. IV. p. I. Gesichtslage. Spontangeburt eines lebenden Mädchens. Wochenbett fieberfrei.

No. 25. J.-No. 259. 13/VIII. 97. Marie B. 28 J. II p. II. Gesichtslage. Spontangeburt eines lebenden Mädchens. Wochenbett fieberfrei.

No. 26. J.-No. 383. 25/X. 97. Caroline C. 42 J. IV p. Blase vor 1½ Tg. gesprungen, trotz kräftiger Wehen kein Fortschritt. Kopf steht im Beckeneingang. Muttermund steht noch mit einem 1 cm breiten Saum I. Stirneinstellung, daher Lagerung auf die rechte Seite, damit das Kinn tiefer tritt. Nach 3 Std. Gesichtslage ausgebildet. 0,01 Morphin zur Regelung der Wehen. Nach 1½ Std. Spontangeburt eines lebenden Knaben in I. Gesichtslage. Wochenbett fieberfrei.

Nr. 27. J.-No. 410. 7/XI. 97. Clara B. 24 J. I p. I. Gesichtslage. Umwandlung nach Thorn misslingt. 2 mal 0,01 Morphin. Da zu Hause auch keine Pflege, wird die B. mit stehender Blase nach der Klinik überführt (Klin. J. No. 371), dort erfolgt nach weiteren 9 Std. Spontangeburt eines lebenden Knaben von 2890 gr Gewicht bei einer Länge von 49 cm. Die Nabelschnur geht unter dem Arm des Kindes hindurch. Im Wochenbett von 3.—6. Tage Temperatursteigerungen bis 38,5 dann normal. Am 11. Tage p. p. Entlassung. Das Kind zeigt noch die überstreckte Haltung der Halswirbelsäule.

No. 28. J.-No. 490. 15/XII. 97. Ida F. 34 J. XI p. II. Gesichtslage. Spontangeburt eines leicht asphyktischen, wiederbelebten Mädchens. Wochenbett fieberfrei.

No. 29. J.-No. 516. 1/I. 98. Bertha M. 40 J. VIII p. I. Gesichtslage. Bei Ankunft des Arztes bereits geboren. Lebendes Mädchen. Starke Gesichtsgeschwulst. Wochenbett fieberfrei.

No. 30. J.-No. 569. 5/II. 98. Frau Schl. 32 J. VII p. II. Gesichtslage. Kinn anfangs etwas mehr nach hinten, dreht sich später nach vorn. Spontangeburt eines lebenden Knaben. Wochenbett fieberfrei.

Jahrgang 1898/99.

No. 31. J.-No. 194. 21/VII. 98. Frau Bi. 45 J. XII p. II. Gesichtslage, rasche Spontangeburt eines lebenden Mädchens. Wochenbett fieberfrei.

No. 32. J.-No. 211. 26/VII. 98. Frau Be. 27 J. III p. I. Gesichtslage. Kinn anfangs mehr nach hinten, dreht sich unter kräftigen Wehen nach vorn. Spontane Geburt eines tief asphyktischen Knaben. Schultzesche Schwingungen sind von Erfolg gekrönt. Wahrer Knoten in der Nabelschnur. Wochenbett fieberfrei.

No. 33. J.-No. 306. 7/IX. 98. Frau Kn. 22 J. I p. Muttermund fast verstrichen, I. Gesichtslage. Wegen schlechter Wehen 2 mal Morphingaben. Da trotzdem kein Fortschritt erfolgte, und das Kinn sich nach hinten drehte, Überführung in die Klinik. (Klin. J. No. 304.) Dort wurde noch weiter gewartet und nochmals Verabreichung von Morphin. Temperatur der Mutter 38. Pulsbeschleunigung. Kindliche Herztöne dauernd gut. Schliesslich doch Spontangeburt, wobei die kindlichen Herztöne schlecht werden. Daher beschleunigter Austritt, der einen Frenulumriss zur Folge hat. Das Kind, ein Knabe, von 3110 gr Gewicht und 50 cm Länge, ist tief asphyktisch, wird zwar wiederbelebt, stirbt aber doch 12 Std. p. p. Die Sektion ergiebt Asphyxie durch einen Schleimpfropf an der Bifurcationsstelle. Im Wochenbett Temperatursteigerungen bis 38,9°. Entlassung am 14. Tage.

No. 34. J.-Nr. 334. 18/IX. 98. Frau Kl. 38 J. IV p. II. Gesichtslage. Wegen Krampfwehen Morphin. Danach Spontangeburt eines lebenden Mädchens. Wochenbett fieberfrei.

No. 35. J.-No. 350. 25/IX. 98. Frau Th. 30 J. IV p. II. Gesichtslage. Wegen schlechter Wehen Morphin, die Wehen werden besser, der rigide Muttermund erweitert sich jedoch nicht genügend; daher Incisionen in denselben und Impression des Hinterhaupts in Narkose, worauf Spontangeburt eines lebenden Mädchens erfolgt. Bei der Geburt des Kopfes wird der Ritgensche Handgriff angewandt. Wochenbett fieberfrei.

No. 36. J.-No. 383. 12/X. 98. Frau Kr. Alter unbekannt. VII p. Die Frau leidet seit Wochen an Polyarthritis rheumatica. II. Gesichtslage. Wegen Krampfwehen Morphin. Da nach mehreren Stunden Stirn und Hinterhaupt noch zögern, einzutreten, kräftige Impression, worauf nach einigen Wehen Spontangeburt eines lebenden Knaben mit Überdrehung der Schultern erfolgt. Das linke Scheitelbein ist stark abgeplattet und zeigt eine Impression. Wochenbett fieberfrei.

No. 37. J.-No. 545. 4/I. 99. Emilie K. 29 J. II p. II. Gesichtslage. Wegen schlechter Wehen Verabreichung von Morphin. Spontane Geburt eines lebenden Mädchens. Wochenbett fieberfrei. E. K. hat schon ihre erste Entbindung in I. Gesichtslage am 15. XII. 95 durchgemacht. S. Fall No. 11.

Nr. 38. J.-No. 578. 24/I. 99. Margarethe Qu. 22 J. II p. II. Gesichtslage. Bei der Ankunft des Arztes ist ein lebendes Mädchen bereits geboren. Geringe Gesichtsgeschwulst. Wochenbett fieberfrei.

Jahrgang 1899/1900.

No. 39. J.-No. 74. 8/V. 99. Anna H. 21 J. I p. I. Gesichtslage. Spontangeburt eines lebenden Knaben. Kl. Frenulumriss. Wochenbett fieberfrei.

No. 40. J.-No. 126. 16/VI. 99. Bertha B. 22 J. II p. Gesichtslage (ob I oder II ist nicht verzeichnet). Bei Ankunft des Arztes war bereits ein lebendes Mädchen geboren. Wochenbett fieberfrei.

No. 41. J.-No. 162. 9/VII. 99. Emma K. 40 J. IV p. I. Gesichtslage. Kopf noch beweglich. Der Versuch des Thornschen Handgriffes misslingt. Wegen schlechter Wehen wird Morphin verabreicht und die Frau auf die rechte Seite gelagert. Darauf Spontangeburt eines lebenden Mädchens. Dauer der Geburt 41 Std. Wochenbett fieberfrei.

No. 42. J.-No. 261. 26/VIII. 99. Frau J. 26 J. I p. I. Gesichtslage. Spontangeburt eines lebenden Mädchens nach nur 3 Std. Austreibungsperiode. Wochenbett fieberfrei.

No. 43. J.-No. 346. 8/X. 99. Anna Kr. 32 J. III p. Gesichtslage (nicht notiert ob I. oder II.). Bei Ankunft des Arztes ist ein lebender Knabe mit apfelgrosser Spina bifida bereits geboren. Wochenbett fieberfrei.

No. 44. J.-No. 546. 26/I. 00. Frau W. 36 J. III p. Gesichtslage (nicht notiert ob I. oder II.). Bei der Ankunft des Arztes ist ein lebender Knabe geboren. Wochenbett fieberfrei.

No. 45. J.-No. 665. 29/III. 00. Marie M. 33 J. VII p. (die 6. Geburt soll auch in Gesichtslage vor sich gegangen sein). Plattes Becken, Blasensprengung, worauf der Kopf sogleich in Gesichtslage eintritt und in wenigen Wehen in II. Gesichtslage geboren wird. Lebendes Mädchen. Wochenbett fieberfrei.

Jahrgang 1900/1901.

No. 46. J.-No. 12. 6/IV. 00. Frau Sp. 26 J. I p. Bei der Ankunft des Arztes wird, ehe man sich zum Dammschutz die vorhandenen sterilen Gummihandschuhe anziehen kann, ein lebender Knabe in II. Gesichtslage geboren. Dammriss II. Grades. Wochenbett fieberfrei.

No. 47. J.-No. 109. 24/V. 00. Frau C. 20 J. I p. Gesichtslage (ob I. oder II. ist nicht notiert). Bei Ankunft des Arztes ist ein lebender Knabe bereits geboren. Nur geringe Gesichtsgeschwulst. Wochenbett fieberfrei.

No. 48. J.-No. 189. 7/VII. 00. Bertha G. 28 J. I p. II. Gesichtslage, Gesicht im Einschneiden. Spontangeburt eines lebenden Knaben. Scheidenfrenulumriss. Im Wochenbett Temperatursteigerungen bis 38°. Vom 6. Tage ab fieberfrei.

No. 49. J.-No. 245. 2/VIII. 00. Frau M. 40 J. X p. Bei Ankunft des Arztes ist ein lebender Knabe in Gesichtslage (ob I. oder II. ist nicht notiert) geboren. Wochenbett fieberfrei.

No. 50. J.-No. 291. 25/VIII. Ida B. 33 J. VII p. Wegen mangelnder Pflege zu Hause und sehr dürftigen Verhältnissen wird die Kreissende nach der Klinik überführt (Klin. J. No. 251), wo nach 3 Stunden Spontangeburt eines lebenden, leicht asphyktischen, wiederbelebten Knaben in I. Gesichtslage erfolgt. Derselbe ist bei einer Länge von 51 cm 3550 gr schwer. Wochenbett fieberfrei.

No. 51. J.-No. 333. 22/IX. 00. Frau Ph. 24 J. II p. II. Gesichtslage. Wegen schlecht werdender kindlicher Herztöne soll zur Zange geschritten werden, während der Vorbereitungen dazu erfolgt Spontangeburt. Beschleunigter Austritt, wobei der bei der ersten Entbindung genähte Damm einreisst, ehe die beabsichtigte Incision gemacht werden kann. Das Kind, ein Knabe, ist lebensfrisch (ausgespochen lordotische Haltung). Wochenbett fieberfrei,

No. 52. J.-No. 362. 7/X. 00. Frau S. 33 J. III p. Bei der Ankunft des Arztes ist ein Hemicephalus in II. Gesichtslage geboren. Die vorhanden gewesene Fruchtwassermenge wird auf 6 l geschätzt. Wochenbett fieberfrei.

B. Stirnlagen.

Jahrgang 1894/95.

No. 1. J.-No. 261. 6/IX. 94. Pauline Ki. 30 J. VII p. II. Stirnlage, Zange. Produkt ein lebender Knabe. Im Wochenbett am 3. Tage wegen Schrunden 38,8°, sonst fieberfrei.

Jahrgang 1895/96.

No. 2. J.-No. 3. 2/IV. 95. Emma Sch. 31 J. VII p. Starkes Ödem der Extremitäten, der Labien, sehr starker Leib, 126 cm. Haut desselben ödematös. Frau kurzatmig. Kindsteile nicht zu palpieren Herztöne nicht hörbar. Muttermund 5-Markstück gross. Diagnose: Hydramnios, vermutet Zwillinge oder Missgeburt. Punktion der Eiblase ergiebt $7\frac{1}{2}$ lt grünliches Fruchtwasser. Danach sind die Wehen gut. Jetzt ist die Diagnose auf Zwillinge sicher zu stellen. Herztöne gut. Ein kleiner Kopf stellt sich in I. Stirnlage ein. Nach $\frac{1}{2}$ Stunde werden die kindlichen Herztöne schlecht und da der Kopf bereits tief im Becken (in I. Stirnlage) steht, wird die Zange angelegt und ein lebensfrischer Knabe entwickelt. Nach 1 Minute folgt ihm ein zweiter Knabe in II. Schädellage, der tief asphyktisch ist, aber wiederbelebt wird. Der erste Knabe wiegt 2125 gr, der zweite 2250 gr. Die Placenta ist eineiig. Die beiden Nabelschnuren sind 2 mal ineinander verschlungen. Der zweite, in Schädellage geborene Zwilling stirbt 28 Std. p. p. Wochenbett fieberfrei.

No. 3. J.-No. 321. 15/X. Anna M. 28 J. I p. Muttermund fast verstrichen. Kopf fest im Beckeneingang in II. Stirnlage. Wegen Wehenschwäche wird Morphin verabreicht. Lagerung der Frau auf die linke Seite, um das Tiefertreten des Kinns zu begünstigen. Die Wehen sind jetzt gut, ein Fortschritt ist aber nach mehreren Stunden nicht zu verzeichnen. Nach 24 Std. ist das Gesicht um ein Geringes tiefer getreten und das Kinn hat sich etwas mehr nach vorn gedreht, ist jedoch sehr schwer zu erreichen. Da die Herztöne unregelmässig werden und die Temperatur der Mutter bereits 38,7° beträgt, wird die Zange angelegt und ein lebensfrischer Knabe in II. Stirnlage entwickelt. 2 kleine seitliche Scheidendammincisionen wurden erforderlich. Wochenbett fieberfrei.

Nr. 4. J.-Nr. 412. 3/XII. 95. Klara J. 30 J. III p. Frau kreisst bereits seit 72 Std., die Geburt schreitet jedoch nicht fort. Wehen wegen Erschöpfung der Frau schwach. I. Stirnlage. Kopf tief im Becken. Muttermund verstrichen. Blase gesprungen. Die Stirnlage wird mit der Zange in eine Gesichtslage umgewandelt und im Anschluss ein lebendes Mädchen extrahiert. Wochenbett fieberfrei.

Nr. 5. J.-No. 516. 1/II. 96. Bertha W. 32 J. VII p. Muttermund bis auf einen fingerbreiten Saum erweitert. Blase gesprungen. Kopf in II. Stirnlage. Versuch der Korrektur in Schädellage misslingt, daher wird Gesichtslage hergestellt. Nach 5 Std. noch unveränderter Befund. In der Nacht setzen allmählich kräftiger werdende Wehen ein und am folgenden Morgen ergiebt sich, dass sich die Stirnlage wiederhergestellt hat. Die wieder schlechten Wehen werden jetzt durch Verabreichung von Morphin korrigiert. Unter kräftiger werdenden Wehen beginnt jetzt das Hinterhaupt tiefer zu treten und erfolgt schliesslich am Abend unter wenigen kräftigen Wehen Spontangeburt eines lebenden Mädchens in II. Schädellage. Wochenbett fieberfrei.

No. 6. J.-No. 517. 29/II. 96. Pauline H. 37 J. IV p. Allgemein verengtes Becken mässigen Grades. Kopf auf der rechten Beckenschaufel abgewichen. Muttermund ca. 5 cm weit. Cervix ca. 2 cm erhalten, schlaff. Herztöne nirgends hörbar. Blase steht prall. Lagerung auf die rechte Seite und Verabreichung von Morphin. Der Kopf tritt in II. Stirnlage in das Becken ein. Am folgenden Tage Status idem. Daher Blasensprengung Fruchtwasser reichlich grünschwarz verfärbt. Perforation, Cranioclasie und Extraktion des toten Kindes. Dasselbe, ein Knabe, zeigt deutlich asphyktische Veränderungen, ist 54 cm lang. Im Wochenbett in den ersten Tagen leichte Temperatursteigerungen, sonst aber normal.

Jahrgang 1896/97.

Nr. 7. J.-No. 46. 25/IV. 96. Elisabeth M. 25 J. I p. Blase vorzeitig gesprungen. Muttermund ca. 7 cm weit, I. Stirneinstellung. Kinn hinten. Kopf im Beckeneingang. Da das Kinn auch fernerhin hinten bleibt und das Kind inzwischen abgestorben ist, Perforation, Cranioclasie und Extraktion. Das Kind ist männlichen Geschlechts. Die Nachgeburt folgt spontan, jedoch totaler Eihautdefekt. Die zurückgebliebene

Eihaut wird manuell entfernt. Im Wochenbett bestanden vom 2.—7. Tage Temperatursteigerungen bis 38,9 °.

No. 8. J.-No. 50. 27/IV. 96. Ottilie M. 22 J. II p. Uterus sehr gross bis zum Rippenbogen. Abdomen 91 cm Umfang. Herztöne nirgends hörbar. Muttermund fast verstrichen. Vorliegender Teil auf die linke Beckenschaufel abgewichen, neben ihm ein nicht pulsierendes Nabelschnurschlingenconvolut. Die Punktion der Eiblase ergiebt ca. 4 l Liquor. Spontangeburt eines Anencephalus in II. Stirnlage nach 1½ Std. Im Wochenbett am Tage p. p. Temperatursteigerung auf 38,7 °, sonst normal.

No. 9. J.-No. 98. 23/V. 96. Pauline R. 27 J. IV p. Muttermund verstrichen, II. Stirneinstellung, Kopf steht fest. Wegen schlechter Wehen wird 0,01 Morphin verabreicht. Schliesslich Spontangeburt. Das Kind, ein Knabe, ist inzwischen abgestorben. Das Wochenbett ist gestört durch einen fieberhaften Lungenkatarrh (Phthise?).

Jahrgang 1897/98.

No. 10. J.-No. 534. 10/I. 98. Johanna Me. 28 J. V p. Kopf noch eben von oben erreichbar. Muttermund noch nicht vollständig verstrichen, II. Stirnlage. Schlechte Wehenthätigkeit. Daher Morphin. Nach 5 Std. ist der Zustand unverändert. Wegen schlecht werdender kindlicher Herztöne wird die Zange angelegt. Entwickelung des Kopfes leicht, des Rumpfes erschwert, Kind, ein Mädchen von 5000 gr leicht asphyktisch wiederbelebt. Wochenbett fieberfrei.

Jahrgang 1898/99.

No. 11. J.-No. 538. 1/I. 99. Anna N. 31 J. III p. II. Stirnlage, Kopf in der Beckenmitte, gr. Kopfgeschwulst auf dem linken Stirnbein. Kindliche Herztöne dauernd verlangsamt, unregelmässig, leise. Daher Anlegen der Zange und Entwickelung des Kindes im Mechanismus der Vorderhauptslagen. Dasselbe, ein Knabe, ist lebensfrisch. Wochenbett fieberfrei.

Jahrgang 1900/01.

No. 12. J.-No. 413. 1/XI. 00. Johanna Mi. 25 J. III p. I. Stirnlage, Muttermund kleinhandtellergross. Kinn rechts von oben her erreichbar. Versuch der Wendung, die jedoch nicht mehr ausführbar ist, daher exspektatives Verhalten. Nach 10 std. weiterer Beobachtung ist der Muttermund erst verstrichen, sonst jedoch kein Fortschritt. Kindliche Herztöne andauernd gut. Die Wehen sind sehr schlecht. Kreissende wird daher nach der Klinik überführt. (Klin. J. No. 370.) Unmittelbar nach der Ankunft daselbst (vielleicht durch den Transport angeregt) setzen kräftige Wehen ein und es erfolgt ziemlich rasche Spontangeburt eines lebenden Knaben von 3370 gr Gewicht bei 52 cm Länge. Wochenbett fieberfrei.

Lassen wir von den 4370 Fällen, in denen im Beobachtungszeitraum von 5¾ Jahren, vom 1. April 1894 bis 31. Dezember 1900, ärztliche Hilfeleistung seitens der geburtshilflichen Poli-

klinik der hiesigen Universitäts-Frauenklinik erbeten worden war, diejenigen unberücksichtigt, in denen zu Fehlgeburten, Störungen in der Nachgeburtsperiode, Dammrissen nach beendeter Entbindung oder auch schliesslich zu Erkrankungen gerufen wurde, die sich bei der Untersuchung als gar nicht geburtshilflicher Natur herausstellten, so bleiben nunmehr noch 2326 Fälle übrig, die Entbindungen am normalen Ende der Schwangerschaft betrafen, und zu denen Aerzte der Poliklinik entsandt wurden. Dazu kommen noch im gleichen Zeitraum 66 Fälle von Frühgeburt im VII.—IX. Schwangerschaftsmonat. Dieselben verteilen sich auf die einzelnen Jahrgänge folgendermassen:

1894/5	363 +	14	Frühgeburten,
1895/6	352 +	19	„
1896/7	356 +	8	„
1897/8	330 +	6	„
1898/9	346 +	7	„
1899/1900	329 +	8	„
1900/1	250 +	4	„

Darauf entfallen von den insgesammt festgestellten 52 Gesichtseinstellungen im Jahrgang

1894/5	7,
1895/6	6,
1896/7	8,
1897/8	9,
1898/9	8,
1899/1900	7,
1900/1	7.

Demnach würden kommen:

1894/5	1 Gesichtseinstellung	auf	51,85	Geburten,
1895/6	„	„	58,66	„
1896/7	„	„	44,50	„
1897/8	„	„	36,66	„
1898/9	„	„	43,25	„
1899/1900	„	„	47,00	„
1900/1	„	„	35,71	„

im Durchschnitt also 1 Gesichtslage auf 45,37 oder rund 45 poliklinische Entbindungen am normalen Ende der Schwanger-

schaft. Rechne ich zu den 2326 Entbindungen des ganzen Zeitraums noch die 66 Frühgeburten im VII.—IX. Schwangerschaftsmonat, so stellt sich das Verhältnis so, dass 1 Gesichtslage auf genau 46 poliklinische Entbindungen kommt, ein Resultat, das kaum einen Unterschied von dem der Hallenser geburtshilflichen Poliklinik[1]) mit 1 : 47 zeigt und mit dem Kamm's[2]) völlig übereinstimmt, während Fasbender[3]) unter seinem poliklinischen Material nur 1 : 78 verzeichnet.

In 4 von unseren Fällen, No. 17, 27, 33 und 50, wurden die Kreissenden, teils wegen nicht Fortschreitens der Geburt, zumeist aber auch wegen sehr elender häuslicher Verhältnisse, die bei einem eventuell notwendig werdenden operativen Eingriff sich höchst störend bemerkbar gemacht hätten, schliesslich auch, weil für die Frauen nicht die geringste Pflege vorhanden war, nach der Klinik überführt.

Was nunmehr das Verhältnis der I. zur II. Stellung anlangt, so fiel auch mir wiederum die grosse Häufigkeit der II. Stellung gegenüber der I. im Vergleich mit der der normalen Schädellage auf. Es fand sich nämlich unter den mir vorliegenden Fällen 19 mal der kindliche Rücken links (also in I.), 25 mal dagegen rechts (also in II. Stellung). Achtmal war eine Notiz über die Stellung nicht vorhanden. Dieses Vorwiegen der II. Stellung tritt also bei unseren Fällen ganz besonders in Vordergrund. Steinbüchel[4]) kommt allerdings auf Grund seines ausserordentlich grossen Materials, wie solches ja allein in derartigen Fragen ein den thatsächlichen Verhältnissen näher kommendes Resultat liefern kann, zu dem Schluss, dass in der That eine vermehrte Häufigkeit der II. gegenüber der I. Stellung nicht besteht. Nach der von ihm gemachten Zusammenstellung drücken nachfolgende Autoren das von ihnen beobachtete Verhältnis in folgenden Zahlen aus:

Hecker	I. : II.	Stellung	= 2,56 : 1,
Winckel	I. : II.	„	= 1,79 : 1,
Walther	I. : II.	„	= 1,72 : 1.

[1]) P. Müllers Handbuch der Geburtshilfe Bd. II.
[2]) Kamm, Inaugural-Dissertation. Breslau 1879.
[3]) Fasbender, Über Gesichtslagen.
[4]) v. Steinbüchel, Über Gesichts- und Stirnlagen. Wien 1894.

Ferner geben an:

Wullstein[1]) I. : II. = 1,43 : 1 und

Steinbüchel[2]) selbst I. : II. = 2,20 : 1.

Dazu kommt noch Winckel,[3]) der in dem poliklinischen Bericht der Münchener Universitäts-Frauenklinik aus den Jahren 1884—1890 die Beobachtung von 15 I. auf 13 II. Stellungen anführt, was einem Verhältnis von 1,15 : 1 entsprechen würde. In meinen Fällen beträgt dasselbe 0,76 : 1.

Unter den 19 Fällen I. Stellung wurde einmal, in Fall No. 11, eine solche mit nach hinten gewendetem Kinn beobachtet, was im Verlauf des Geburtsmechanismus immer ausgesprochener wurde und erst nach Anlegung der Zange (wegen drohender Asphyxie) durch die in 3 Akten erfolgende Drehung nach Scanzoni corrigiert wurde.

In einem weiteren Falle I. Stellung, No. 23, wurde noch im Beckenausgang ein Querstand der Gesichtslinie wahrgenommen, das Kinn stand sogar mit einer leichten Neigung nach hinten. Das kindliche Leben konnte in diesem Falle leider nicht mehr gerettet werden. Denn als Asphyxie eintrat und deshalb auch zur Anlegung der Zange geschritten wurde, erwies sich, dass eine Drehung und Extraktion ohne schwerste Verletzung der Mutter nicht ausführbar wäre, weshalb auch die Zange wieder abgenommen und unter Verzichtleistung auf das kindliche Leben die nach 7 Stunden erfolgende Spontangeburt des inzwischen abgestorbenen Kindes abgewartet wurde.

In einem dritten Falle, No. 32, in dem anfänglich auch eine Neigung des Kinns nach hinten vorhanden war, drehte sich dasselbe im Verlauf des Austritts bald unter kräftigen Wehen selbst nach vorn.

Was nun das Procentverhältnis der Erstgebärenden und Wiederholtgebärenden anlangt, so stellt sich dasselbe unter dem vorliegenden Material folgendermassen:

1) Wullstein, Inaugural-Dissertation. Berlin 1891.

2) v. Steinbüchel, Über Gesichts- und Stirnlagen. Wien 1894.

3) v. Winckel, Berichte und Studien (die Königl. Universitäts-Frauenklinik in München in den Jahren 1884—1890). Leipzig 1892.

Erstgebärende . . .	14	= 26,92 Proc.
Zweitgebärende. . .	9	
Drittgebärende . . .	6	
Viertgebärende . . .	7	
Fünftgebärende. . .	1	
Sechstgebärende . .	2	
Siebentgebärende. .	6	38 = 73,08 Proc.
Achtgebärende . . .	2	
Neuntgebärende . .	0	
Zehntgebärende . .	1	
Elftgebärende . . .	1	
Zwölftgebärende . .	1	
Dreizehntgebärende	2	

Die Zahl der Erstgebärenden zu den Wiederholtgebärenden verhält sich in den fraglichen Fällen also wie 100 : 271, während unter der erwähnten Geburtszahl von 2326 sich 819 Erstgebärende befinden, also, da 28 Fälle, in denen die vorangegangene Geburtszahl nicht notiert ist, für die Berechnung wegfallen, das Verhältnis von Erst- zu Wiederholtgebärenden sich wie 100 : 281 stellt.

Zum Vergleich führe ich nachstehend die Zahlen anderer, wie sie auch Steinbüchel [1]) angiebt, an:

a. bei Gesichtslagen:

Hecker	Erstgebärende	zu	Wiederholtgebärenden	1 : 1,77,
Ahlfeld	„	„	„	1 : 2,70,
Fasbender	„	„	„	1 : 2,00,
Walther	„	„	„	1 : 1,81,
Hoffheinz	„	„	„	1 : 1,40,
Winckel	„	„	„	1 : 1,50,
und Steinbüchel selbst		„	„	1 : 1,42,

b. in derselben Anstalt sonst im allgemeinen:

Hecker	Erstgebärende	zu	Wiederholtgebärenden	1 : 1,77,
Ahlfeld	„	„	„	1 : 1,06,
Fasbender	„	„	„	1 : 1,10,
Walther	„	„	„	1 : 0,92,
Hoffheinz	„	„	„	1 : 1,0007

[1]) v. Steinbüchel, Über Gesichts- und Stirnlagen. Wien 1894.

Während sich also bei diesen wesentlich klinischen Beobachtungen, wie Steinbüchel bereits constatierte, ein geringfügiges relatives Überwiegen der Wiederholtgebärenden bei Gesichtslage gegenüber den Erstgebärenden rücksichtlich der für die Entbindungen an den entsprechenden Anstalten im allgemeinen angegebenen Zahlen findet, muss ich bei meinen, nur aus der Poliklinik entnommenen Fällen im Gegenteil ein geringes relatives Überwiegen der Erstgebärenden feststellen.

Das Alter der Kreissenden schwankte zwischen 19 und 45 Jahren und zwar waren

	bis incl.	20	Jahren	3	=	5,88	Proc.,
von	21	bis incl.	25	„	10	=	19,61	„
„	26	„ „	30	„	15	=	29,41	„
„	31	„ „	35	„	9	=	17,65	„
„	36	„ „	40	„	10	=	19,61	„
„	41	„ „	45	„	4	=	7,84	„

Bei einem Fall, Nr. 36, war das Alter nicht angegeben, konnte auch wegen nicht auffindbaren Aufenthaltes jetzt nicht mehr eruirt werden.

Die verhältnissmässig grösste Zahl der Gebärenden fand sich also zwischen dem 25. und 30. Lebensjahre.

Eine 33jähr. VII. Gebärende (Fall No. 45) hatte bereits 5 pathologische Entbindungen durchgemacht, von denen die letztvorhergegangene auch eine Gesichtslage gewesen sein soll. Frau Elisabeth K. (Fall 11 und 37) machte ihre beiden ersten Entbindungen unter ärztlicher Hilfeleistung seitens der Poliklinik in Gesichtslage durch.

Die 14 Erstgebärenden standen im Alter zwischen 19 und 29 Jahren.

Es waren:

19	Jahre	alt	1	= 7,14	Proc.,
20	„	„	1	= 7,14	„
21	„	„	1	= 7,14	„
22	„	„	1	= 7,14	„
24	„	„	2	= 14,29	„
25	„	„	1	= 7,14	„
26	„	„	4	= 28,57	„
28	„	„	2	= 14,29	,
29	„	„	1	= 7,14	„

Die überwiegende Mehrzahl der Erstgebärenden war demnach zwischen 24 und 28 Jahren alt. Ein Vorwiegen alter Erstgebärenden bei Gesichtslagenentbindungen konnte also auch bei uns nicht beobachtet werden, was Steinbüchel[1]) auch bei seinen Fällen schon hervorhob.

Bezüglich der Dauer unserer Gesichtslagengeburten kann ich den Journalen Folgendes entnehmen:

In Fall No. 41, der allein eine genauere Notiz enthält, ist die Geburtsdauer auf 41 Std. angegeben. In den Fällen No. 7 und 33 erfolgte die Geburt nach den vorhandenen Angaben erst nach etwa 3tägigem, im Fall No. 17 sogar erst nach ungefähr 5tägigem Kreissen. Diese vorerwähnten Fälle sprechen zwar alle für eine recht erhebliche Verlängerung der Geburtsdauer bei Entbindung im Gesichtslagenmechanismus, doch stehen denselben auch andererseits eine ausreichende Zahl anderer entgegen, die einen offenbar recht raschen Verlauf nahmen.

Es sind dies nämlich 11 Fälle, wo bei der Ankunft des Arztes die Geburt schon beendet, und 5 weitere, bei denen das Gesicht bereits im Einschneiden war, resp. die Austreibung mit wenigen Wehen erfolgte. In jenen 11 erstgenannten Fällen wurde der Geburtsverlauf in Gesichtslage nicht sowohl aus den Angaben der die Geburt leitenden Hebamme festgestellt, als vielmehr wurde in sämtlichen Fällen der stattgehabte Mechanismus auch aus dem typischen Sitz der Geburtsgeschwulst erkannt.

Wenn demnach also auch in einer Zahl von Fällen eine bedeutendere Verzögerung der Geburt resultierte, so scheint dieselbe doch im Durchschnitt nicht gerade sehr erheblich gegenüber der Geburtsdauer im allgemeinen gewesen zu sein.

Angaben über Beckenverhältnisse finden sich in den Aufzeichnungen nur 3 mal, indem bei No. 21 mässig verengtes Becken, bei No. 47 enges (?) und bei No. 45 plattes Becken notiert ist.

Bezüglich der Wehenthätigkeit finden sich nur sehr allgemeine Bemerkungen. Jedenfalls wurde in 12 Fällen =

[1]) v. Steinbüchel, Über Gesichts- und Stirnlagen. Wien 1894.

23,07 Proc. wegen schlechter Wehenthätigkeit Morphium verabreicht.

Dammrisse kamen 6 mal, also in 11,53 Proc., vor. Bei 4 Fällen handelte es sich um kleinere, meist nur geringfügige Scheidenfrenulumrisse, während 2 mal ein Dammriss II. Grades resultierte und zwar beide male bei Erstgebärenden, in den Fällen No. 19, wo die Entwickelung mittelst Zange erforderlich wurde, und No. 46, wo der Austritt so schnell erfolgte, dass der leitende Arzt sich nicht einmal mehr sterile Gummihandschuhe zum Dammschutz anziehen konnte. Einmal in Fall No. 1, gleichfalls bei der Entbindung einer Erstgebärenden mittelst Zange, entstand ein kleiner Scheidenriss bei intaktem Damm. In allen Fällen trat Heilung durch prima intentio ein.

Steinbüchel[1]) fand in den letzten 3 Jahren seiner Beobachtungszeit bei 54 Gesichtslagen 9 Dammrisse = 16,7 Proc. Zum Vergleich geben nach den bereits von ihm gemachten Mitteilungen bei allen Geburten ohne Rücksicht auf den Mechanismus an:

Schroeder	43,5	Proc.,	
Olshausen	25,7	„	
Winckel	20,0	„	dagegen
Hecker	3,6	„	und
Hildebrandt	7,2	„	

wobei allerdings, wie auch jener schon betont, es fraglich ist, ob von letzteren beiden alle, selbst ganz kleine Dammrisse mitgerechnet wurden.

Das mütterliche Leben blieb in allen Fällen erhalten, ein Ergebnis, das mit dem Steinbüchels,[1]) der in den letzten 3 Jahren (der aseptischen Aera) seiner Beobachtung auch keinen Todesfall zu verzeichnen hatte, völlig übereinstimmt. Hervorzuheben ist dabei, dass wir bei unseren poliklinischen Fällen, wo doch mitunter die ungünstigsten Verhältnisse mitsprechen, ein so absolut günstiges Ergebnis erzielten, wie es in diesem klinischen Berichte erwähnt ist, während von Winckel[2]) in der Poliklinik bei Gesichtslagengeburten 8,5 Proc.

[1]) v. Steinbüchel, Über Gesichts- und Stirnlagen. Wien 1894.

[2]) v. Winckel, Berichte und Studien (die Königl. Universitäts-Frauenklinik in München in den Jahren 1884—1890). Leipzig 1892.

Mortalität (allerdings auch in der voraseptischen Zeit, in den Jahren 1884—1890) verzeichnet wurden.

Temperatursteigerungen wurden im Verlauf des Wochenbetts in 5 Fällen beobachtet, von denen die eine allerdings, in Fall 5, nur am 5. Tage auftretend, wohl einzig durch Stuhlverstopfung bedingt war, da sie nach Behebung derselben durch Verabreichung von Ol. Ricini sofort einem normalen Verhalten Platz machte.

Die somit übrig bleibenden 4 Fälle, bei denen Fiebertemperaturen zur Beobachtung kamen, repräsentieren demnach 7,7 Proc. des vorliegenden Materials, während von Steinbüchel[1]) 9,58 Proc., wenn man allerdings nur die 51 Fälle der 3 letzten Jahren in Betracht zieht, auf die 3 Fälle von Wochenbettfieber entfallen, 5,88 Proc. Morbidität vermerkt sind.

Sein also etwas besseres Ergebnis ist wohl nur auf die günstigeren Verhältnisse im klinischen Betriebe zurückzuführen.

Einer von diesen Fällen, No. 17, gehört zu den schon genannten, die aus den bereits oben erwähnten Gründen nach der Klinik überführt wurden. In diesem, bei dem die Geburt angeblich bereits 4 Tage dauerte, erfolgte der Partus hier auch erst nach weiteren 24 Stunden, nachdem Incisionen in den sich nicht mehr erweiternden Muttermund gemacht worden waren. Diese Frau, bei der schliesslich auch noch eine Eihautretention stattfand, machte eine leicht verlaufende Peritonitis mit Temperaturen bis höchstens 37,7° durch, konnte aber bereits nach 26 Tagen nach völliger Genesung entlassen werden.

In den anderen 3 Fällen betrugen die höchsten Temperaturen 38,8° bezw. 38,6° und 38° bei riechendem Lochialsekret, jedoch stets nur an einigen Tagen.

Ausser den vorgenannten Fällen war das Wochenbett noch einmal in Fall 36 durch eine Polyarthritis rheumatica gestört, an der die Frau schon seit längerer Zeit litt. In einem anderen Fall, No. 8, wurde am 2. und 3. Tage ein juckendes Erythem an Rumpf und Bauch beobachtet, das vielleicht auf die Verwendung von Lysol bei der Desinfektion zurückzuführen ist.

[1]) v. Steinbüchel, Über Gesichts- und Stirnlagen. Wien 1894.

Schliesslich in Fall 9 war eine kleine Thrombose der rechten vena saphena zu verzeichnen. Die letztgenannten 3 Fälle wurden bei der vorstehenden Berechnung nicht mit in Betracht gezogen.

Das Geburtsprodukt war in 27 Fällen Knaben, darunter 2 mal Zwillinge, in 25 Fällen Mädchen.

Daraus ergiebt sich, dass 108 Knabengeburten auf 100 Mädchengeburten entfallen (wobei ich die in anderer Einstellung gewesenen 2. Zwillingskinder nicht berücksichtige), was also genau dem von Steinbüchel[1]) bei seinem Material gefundenen Frequenzverhältnis entspricht.

Schon er erwähnte, dass also eine grössere Häufigkeit der Mädchengeburten bei Gesichtslage demnach nicht vorhanden ist.

Er fand nämlich, indem er die angegebenen Verhältniszahlen von

Winckel	121	Knaben	: 106	Mädchen,
Hecker	75	„	: 86	„
Kamm	31	„	: 39	„
Hoffheinz	23	„	: 31	„
Walther	22	„	: 9	„
und seine eigenen mit	174	„	: 159	„

addierte, was einer Summe von 446 Knaben zu 430 Mädchen entsprach, ein Verhältnis von 103,6 : 100. Zähle ich meinerseits hierzu nun wieder das von mir gefundene Ergebnis, so erhalte ich 476 Knaben zu 455 Mädchen, was einem Verhältnis von 103,95 : 100 oder rund 104 : 100 gleichkommt, eine Zahl, die ja bekanntlich für das Frequenzverhältnis aller Geburten insgesammt bereits festgestellt ist.

Ziehen wir bei den 52 Entbindungen nur eben die 47 in Gesichtslagen spontan geborenen Kinder in Betracht, so wurden

34 Kinder lebensfrisch geboren . . . . . = 72,34 Proc.,
8 „ asphyktisch geb. (davon 3 tief) = 17,02 „

davon wurden 7 wiederbelebt, bei einem hatten die Belebungsversuche keinen Erfolg.

1) v. Steinbüchel, Uber Gesichts- und Stirnlagen. Wien 1894.

5 wurden totgeboren . . . . . = 10,63 Proc.,
davon waren faultot 1 . . . . . = 2,12 „
während der Geburt starben 3 = 6,38 „
1 war ein Anencephalus . . . . = 2,12 „

Nach der Geburt starb 1 = 2,12 Proc. innerhalb der ersten 24 Stunden an Asphyxie. Bei der Sektion desselben fand sich ein Schleimpfropf an der Bifurkationsstelle. Die übrigen Kinder blieben erhalten. Es ergiebt sich somit bei den Spontangeburten eine Gesamtmortalität von 7 Kindern = 14,89 Proc.

Bei Berechnung der Gesamtmortalität mit Rücksicht auf die Schädigung durch die unmittelbaren Geburtsvorgänge bei spontaner Gesichtslagengeburt kommen von den 7 verlorenen Kindern sicher nicht in Betracht: als faultot geboren 1, ferner der Anencephalus, sowie das 12 Std. nach der Geburt an Asphyxie durch einen Schleimpfropf gestorbene. Die Gesamtmortalität mit Rücksicht auf die Gesichtslage stellte sich somit nur auf 4 Kinder = 8,51 Proc.

Operativ eingegriffen wurde 18 mal in 15 Fällen, jedoch wurde nur 5 mal die Geburt operativ beendet, in den anderen 10 Malen wurde die Spontangeburt abgewartet.

2 mal wurden Incisionen in den Muttermund wegen Rigidität gemacht.

1 mal wurde die sehr feste Eiblase gesprengt.

1 mal erfolgte die Ausführung der Hofmeierschen Impression.

2 mal wurde der Austritt durch den Ritgenschen Handgriff unterstützt.

1 mal wurde ein Zangenversuch gemacht wegen drohender Asphyxie des Kindes, der aber missglückte.

Lagecorrection, und zwar stets nach Thorn, wurde in 6 Fällen versucht, war jedoch in keinem einzigen Falle von Erfolg gekrönt.

Operativ beendigt wurde die Geburt, wie schon erwähnt, in 5 Fällen = 9,51 Proc.; davon waren 3 mal Extractionen mit der Zange = 5,76 Proc., 2 mal wurde die Wendung ausgeführt = 3,84 Proc.

Wenn wir vergleichender Weise die Zahlen anderer betrachten, so verzeichnete

Steinbüchel[1]) 5,39 Proc. Zangenoperationen,
2,69 „ Wendungen,
3,26 „ Cranioclasie.

Fasbender[2]) 11,5 Proc. Zangenoperationen,
3,8 „ Wendungen,
1,9 „ Kephalotrypsie.

Kamm[3]) unter 71 Fällen
7 Zangen, was entspricht . . 9,8 Proc.,
7 Wendungen mit Extraction 9,8 „
4 Perforationen . . . . . 5,6 „
1 Rectification . . . . . 1,4 „

Winckel[4]) (in der Poliklinik der Münchener Frauenklinik):
3 Zangen, das entspricht . . . 8,57 Proc.,
4 Wendungen . . . . . 11,42 „
1 Perforation und Cranioclasie 2,85 „

Die Zange wurde alle 3 male wegen drohender Asphyxie des Kindes angelegt.

In dem einen Fall, No. 1, waren bereits beim Eintreffen der poliklinischen Hilfe kindliche Herztöne nicht mehr zu hören, jedoch wurde eben der Versuch gemacht, das kindliche Leben eventuell noch zu retten.

In einem anderen, Fall No. 11, war diese Indication auch bei einer mentoposterioren Stellung massgebend. Es wurde der Versuch der Drehung nach Scanzoni in 3 Akten unter Wanderung der Zangenlöffel gemacht, der glänzend gelang, ohne die geringste Verletzung der mütterlichen Weichteile zu setzen, und ein lebendes Kind producierte.

Der schon vorher erwähnte Zangenversuch betraf einen ähnlichen Fall, wo aber die Gesichtslinie mehr quer und das Kinn noch nicht so ausgesprochen nach hinten stand. Doch hier blieb es eben nur bei dem Versuch, da der leitende Arzt bald die Überzeugung gewann, dass ohne die schwerste Ver-

1) v. Steinbüchel, Über Gesichts- und Stirnlagen. Wien 1894.
2) Fasbender, Über Gesichtslagen. Berlin.
3) Kamm, Inaugural-Dissertation. Breslau 1879.
4) v. Winckel, Berichte und Studien (die Königl. Universitäts-Frauenklinik in München in den Jahren 1884—1890).

letzung der Mutter die Drehung nicht ausführbar und das Kind nicht zu retten wäre.

Die Indication zur Wendung wurde beide Male durch Nabelschnurvorfall gegeben, die in Fall No. 9 bereits pulslos und neben der zudem noch ein Arm vorgefallen war.

2 mal förderte die Zangenextraction ein lebensfrisches, 1 mal, in dem genannten Fall No. 1 ein bereits abgestorbenes Kind zu Tage.

Durch die Wendung und Extraction wurden beide Male asphyktische Kinder erhalten, die beide wiederbelebt wurden, von denen das erste jedoch 20 Std. post partum an Asphyxie einging.

Werden diese bei operativer Geburtsbeendigung erhaltenen Resultate den obigen zugezählt, so wurden durch spontan wie operativ beendete Geburten insgesamt

36 lebensfrische = 69,23 Proc.,
10 asphyktische = 19,23 „ und
6 totgeborene = 11,53 „

Kinder erhalten.

Die Gesamtmortalität beträgt hier also vor, während und nach der Geburt 9 = 17,3 Proc., was wesentlich mit dem von Winckel[1]) aus der Münchener Poliklinik angegebenen Resultat = 17,1 Proc. übereinstimmt. Steinbüchel[2]) giebt bei klinischem Material 16,39 Proc. Gesamtmortalität der Kinder an.

Da das 20 Std. post partum an Asphyxie verstorbene Kind, das bereits tief asphyktisch geboren, aber wiederbelebt war, wohl auch zu den Opfern der Geburtsschädigungen zu rechnen ist, würde die Gesamtmortalität der Kinder mit Rücksicht auf die unmittelbaren Geburtsvorgänge unter Berücksichtigung der spontan wie operativ beendeten Fälle 6 auf 52 oder 11,53 Proc. betragen.

Zum Vergleich teile ich hier die Zahlen mit, die von einzelnen Autoren nach einer Zusammenstellung Küstners[3]) über die Gesamtmortalität bei Gesichtslagen angegeben wurden:

---

[1]) v. Winckel, Berichte und Studien (die Königl. Universitäts-Frauenklinik in München in den Jahren 1884—1890).

[2]) v. Steinbüchel, Über Gesichts- und Stirnlagen. Wien 1894.

[3]) P. Müllers Handbuch der Geburtshilfe. Bd. II.

Winckel 13 Proc.,
Hecker 6,5 „
Mayr etwa ebenso,
Fasbender 14 Proc.,
Olshausen 20 „
Spöndly 32 „

Dazu kommt noch Steinbüchel[1]) mit nahezu gleichem Mortalitätsprocent wie Winckel, während die Kindermortalität im allgemeinen nach Angaben von Zweifel[2]) 3,1 Procent beträgt.

Bezüglich bei unseren Fällen etwa vorhandener ätiologischer Momente kamen in Betracht:

2 Zwillingsgeburten. (Auch bei unseren Fällen wurde, was schon Wullstein[3]) beobachtet hatte, der erstgeborene Zwilling in Gesichtslage geboren. Steinbüchel[1]) fand diese Beobachtung jedoch nicht für alle Fälle bestätigt, indem in einem Falle seines Materials gerade der 2. Zwilling in Gesichtslage geboren wurde. Jedoch ist die Häufigkeit der von Wullstein[3]) gemachten Beobachtung zum mindesten auffällig.) Über die gegenseitige Lage der beiden Früchte ist in einem unserer Fälle nichts verzeichnet, doch wurde ein totfaules Kind spontan geboren, in dem anderen Falle erfolgte Spontangeburt des zweiten in I. Schädellage.

In 3 Fällen war Nabelschnurumschlingung verzeichnet, in in deren einem, No. 5, war dieselbe sogar 2 mal um den Hals und einmal um den Rumpf geschlungen. In einem 4. Fall zog sich die Nabelschnur unter dem kindlichen Arm hindurch.

Ferner kamen zur Beobachtung:

1 mal Meningocele spinalis (kleinapfelgrosser Bruchsack),

2 mal Nabelschnurvorfall, der eine davon zu gleicher Zeit mit Armvorfall combiniert,

1 mal ist „sehr reichliches Fruchtwasser“ notiert und

1 mal Anencephalus mit Hydramnios.

Nur 3 mal sind Notizen über ein enges Becken und 1 mal über Schieflage der Gebärmutter vorhanden.

---

[1]) v. Steinbüchel, Über Gesichts- und Stirnlagen. Wien 1894.
[2]) Zweifel, Lehrbuch der Geburtshilfe.
[3]) Wullstein, Inaugural-Dissertation. Berlin 1891.

Das Kind selbst wird nur in einem Falle als sehr gross bezeichnet. In den 4 in der Klinik beendeten Fällen ist das Gewicht auf

4100 gr bei einer Länge von 53 cm,
3550 „ „ „ „ „ 52 „
3110 „ „ „ „ „ 50 „ und
2890 „ „ „ „ „ 49 „

angegeben. Ein Missverhältnis zwischen Grösse und Gewicht ist also kaum, höchstens etwa in den beiden erstgenannten Fällen, zu finden.

Als Dolichocephal wurde der Schädel in 4 Fällen bezeichnet, jedoch ist keine Angabe darüber vorhanden, wie der Schädel, der ja auch durch den Geburtsmechanismus in diese Form gepresst sein konnte, sich späterhin configugierte, sodass man bei etwaigem Bestehenbleiben der Dolichocephalie diese als ätiologisches Moment hätte ansprechen können.

Als für die Ätiologie der Entstehung von Gesichtslage interessant, möchte ich aus dem angegebenen Zeitraum noch einen Fall von congenitaler Struma (J.-No. 227. 12./VIII. 99 Frau R.) erwähnen, wie auch schon Ahlfeld[1]) diese als primäres ätiologisches Moment hervorhob. In diesem Falle erfolgte die Entbindung allerdings nicht in Gesichtslage, weshalb derselbe auch unter dem vorstehenden Material nicht mit aufgeführt wurde, sondern aus Querlage wurde mittelst Wendung auf den Fuss und Extraction ein lebender Knabe entwickelt, dessen Kopf in den Nacken geschlagen, bei congenitaler Struma völlig das Bild eines in Gesichtslage geborenen Kindes bot. Es lässt sich als absolut sicher annehmen, dass, wenn sich das Kind in Kopflage zur Geburt eingestellt hätte, dies eben nur in Gesichtslage hätte geschehen können.

Aufgrund der vorstehenden Aufzeichnungen komme ich somit zu folgendem Resultat:

Die Gesichtslage war für die Mutter kaum als ein die Prognose erheblich ungünstiger gestaltendes Moment anzusprechen. Wie wir gesehen haben, war ja bei der jetzigen aseptischen Geburtsleitung eine Mortalität gar nicht mehr zu verzeichnen und die um ein geringes gegenüber normalen

[1]) Ahlfeld, Die Entstehung der Stirn- und Gesichtslagen. Leipzig 1873.

Geburten erhöhte Morbidität war zum teil wohl durch die schlechteren Vorbedingungen in der Poliklinik, teilweise allerdings wohl auch durch die, wenn auch wenig, erhöhte Geburtsdauer bedingt.

Eine erheblich grössere Gefährdung des Dammes hat sich in unseren Fällen nicht bemerkbar gemacht. Es gehen hierüber die verschiedenen Anschauungen sehr auseinander. Während Küstner[1]) seinerzeit mit Rücksicht auf die von Torggler ausgeführten Messungen, die ergaben, dass der submento-occipitale Umfang des Schädels um 4—5 cm grösser ist, als der suboccipito-frontale, seine Ansicht dahin geltend machte, dass der Damm eben um die entsprechende Mehrdehnung gefährdeter sei als bei Hinterhauptslagen, führte in neuerer Zeit Steinbüchel[2]) aus, dass dies wohl für manche, jedoch wohl nicht für alle Fälle zutreffe, da Torggler als constanten Messpunkt den oberen Zungenbeinrand angenommen habe, der jedoch nicht immer den Punkt repräsentiere, mit welchem sich bei der Geburt in Gesichtslage die vordere Halsseite gegen die Symphyse anstemmt, der vielmehr häufig oberhalb des Zungenbeins liege, wo sich nur Weichteile befinden, so dass ein stärkerer oder schwächerer Druck erhebliche Wertdifferenzen ergebe, sodass auf diese Weise in einem Falle der Wert des suboccipito-frontalen Durchmessers den des submento-occipitalen sogar um $^3/_4$ cm übertraf.

Rücksichtlich der Kinder ist die Prognose allerdings, wenn auch nicht ungünstig, so doch nicht ganz so günstig zu stellen, indem, wie Küstner[1]) sagt, die Gefahr asphyktisch zu Grunde zu gehen zur Länge der Geburtsdauer in gerader Proportion steht.

Ferner lässt sich auch bei unserem poliklinischen Material leicht ersehen, dass für die Behandlung der Gesichtslagen durchaus keine therapeutischen Eingriffe notwendig sind, und es für gewöhnlich am besten ist, den spontanen Verlauf abzuwarten. Alle jene so oft erwähnten Handgriffe, die darauf gerichtet sind, die Gesichtslage in eine Hinterhauptslage umzuwandeln, müssen nämlich, wie Steinbüchel[2]) sehr richtig

1) P. Müller, Handbuch der Geburtshilfe. Bd. II.
2) v. Steinbüchel, Über Gesichts- und Stirnlagen. Wien 1894.

bemerkte, den Kopf aus der extremen Deflexion in die Flexionsstellung überführen, dabei also künstlich, wenn auch nur als Übergangsstellung, eine Stirnlage herbeiführen. Ein gefährlicher Moment; denn gelingt in diesem Augenblick eine weitere Umdrehung nicht, wird der Schädel im Gegenteil in dieser Lage fixiert, so ist künstlich aus einer absolut nicht ungünstigen Lage, eine für Mutter und Kind weit ungünstigere hergestellt.

Anders verhält es sich, wenn sich das Gesicht mit dem Kinn nach hinten einstellt. Wenn in diesem Falle bei genügend eröffnetem Muttermunde der Kopf noch beweglich ist, so dass er der eindringenden Hand Platz machen kann, so würde immer noch allem andern die Wendung auf einen Fuss, mit oder ohne anschliessende Extraktion, was sich je nach dem Grade der Erweiterung richten müsste, vorzuziehen sein. Steht der Kopf bereits fest und tritt seitens der Mutter oder des Kindes eine Indication ein, die die schleunige Entbindung erfordert, so würde ein Zangenversuch mit Scanzonischer Drehung wohl zu rechtfertigen sein. Es müsste dies aber, wie nicht oft genug hervorgehoben werden kann, stets nur ein letzter Versuch sein der nicht weiter geführt werden darf, sobald sich erweist, dass er ohne schwerere Verletzungen der Mutter nicht ausgeführt werden kann. Auf das Kind muss man dann allerdings verzichten. War die Indication von diesem ausgegangen, so kann man dann die Spontangeburt abwarten, war sie seitens der Mutter gegeben, so muss die Perforation, eventuell auch des lebenden Kindes, ausgeführt werden.

Die Hauptsorge bei der Leitung einer Gesichtslagengeburt muss sich nach Küstner[1]) darauf richten, dass die Blase bis zu völliger Erweiterung des Muttermundes steht, dass die Wehenthätigkeit nicht alteriert wird und dass die kindlichen Herztöne sorgfältig überwacht werden. Eine Indication für eine operative Entbindung ist eben nur dann gegeben, wenn Complicationen eintreten, die mit Rücksicht auf die Mutter oder auch das kindliche Leben eine rasche Entbindung erheischen.

[1]) P. Müllers Handbuch der Geburtshilfe Bd. II.

Wenden wir uns nun des Weiteren unseren 12 Fällen von Stirneinstellung zu, so wurden beobachtet im Jahrgang:

1894/5	1
1895/6	5
1896/7	3
1897/8	1
1898/9	1
1899/1900	0
1900/1	1

Diese 12 Stirneinstellungen fanden sich unter 2326 Geburten am normalen Ende der Schwangerschaft, es kam also im Durchschnitt eine Stirneinstellung auf 193,83 oder rund 194 Geburten, unter Hinzunahme der 66 Frühgeburten im VII.—IX. Schwangerschaftsmonat 1 : 199,33 oder rund 199 aller poliklinischen Entbindungen.

Lasse ich dabei Fall No. 5 unberücksichtigt, der sich spontan in eine Schädellage korrigierte, so ändert sich das Verhältnis in 1 : 217,45 oder rund 1 : 217. Bei der grossen Seltenheit der Stirnlagen an und für sich dürfte diese Frequenz als eine eigentlich enorm grosse betrachtet werden, doch kann sie ja bei poliklinischen Material, wo doch in der Regel nur zu solch' pathologisch verlaufenden Fällen gerufen wird, nicht Wunder nehmen.

Auch hier wurde eine Kreissende aus den schon bei den analogen Gesichtslagenfällen aufgeführten Gründen bei zugleich vorhandener absoluter Wehenlosigkeit der Klinik zugeführt.

Rücksichtlich des Verhältnisses der ersten zur zweiten Stellung finde ich 4 erste gegenüber 8 zweiten Stellungen verzeichnet, also ein Verhältnis von 1 : 2, wobei der Gegensatz zu Steinbüchel[1]) auffällig ist, der gerade das umgekehrte Verhältnis 2 : 1 constatierte.

Winckel[2]) fand in den Berichten der Münchener Poliklinik in den Jahren 1884—90 4 erste und 5 zweite Stellungen, was einem Verhältnis von 1 : 1,25 entspricht.

Hecker und Spiegelberg verzeichnen nach Steinbüchels[1]) Angabe 1 : 1,4. Steinbüchel[1]) bestreitet infolge

[1]) v. Steinbüchel, Über Gesichts- und Stirnlagen, Wien, 1894.

[2]) v. Winckel, Berichte und Studien. (Die Kgl. Universitätsfrauenklinik in München in den Jahren 1884—1890.)

der bei einem allerdings erheblich grösseren Material von ihm gefundenen Zahlenergebnisse bei Stirnlage ebenso wie bei der Gesichtslage die von Duncan und Zweifel damit als ursächlich in Zusammenhang gebrachte häufige Dextroposition des Uterus als ätiologisches Moment, doch möchte ich bei der Verschiedenheit seiner Ergebnisse gegenüber denen der vorerwähnten, wie der meinen, ein abschliessendes Urteil noch nicht fällen, da meiner Ansicht nach eben diese Verschiedenheit der Befunde eine endgiltige Entscheidung über diesen Punkt noch nicht gestattet.

Unter den 4 Fällen erster Stellung wurde einmal, in Nr. 7, ein solcher mit nach hinten gerichtetem Gesicht beobachtet.

Das Procent-Verhältnis der Erst- und der Wiederholtgebärenden war unter Nichtberücksichtigung des Falles, der sich spontan korrigierte, folgendes:

Erstgebärende	2	= 18,18 Proc.
Zweitgebärende . . .	1	= 81,81 Proc.
Drittgebärende	2	
Viertgebärende . . .	3	
Fünftgebärende . . .	1	
Siebentgebärende . .	1	
Achtgebärende	1	

während Steinbüchel[1]) unter seinem Material als Procentverhältnis fand

für Erstgebärende . . . . . 46,15 Proc.
„ Wiederholtgebärende . . 53,84 „

Das Verhältnis der Erstgebärenden zu den Wiederholtgebärenden stellte sich in meinen Fällen demnach wie 100 : 450 bei Steinbüchel[1]) dagegen wie 100 : 116.

Unterschiedlich von ihm berücksichtige ich allerdings, wie ich schon erwähnte, die Stirneinstellung, die sich selbst in Schädellage korrigierte, bei dieser Berechnung nicht, während ich eine andere, die sich spontan in Gesichtslage umwandelte, schon bei diesen mit besprochen habe, da ja mehr oder weniger alle Gesichtslagen in einem früheren Stadium Stirneinstellungen waren.

[1]) v. Steinbüchel, Über Gesichts- und Stirnlagen. Wien 1894.

Das Alter der Kreissenden schwankte zwischen 25 und 37 Jahren und zwar waren:

25	Jahr	alt	2	
26	„	„	1	
27	„	„	1	
28	„	„	2	
30	„	„	2	
31	„	„	2	
(32	„	„	1	der spontan korrigierte Fall)
37	„	„	1	

Die grösste Zahl der Gebärenden fand sich somit zwischen dem 28. und 31. Lebensjahr. Die beiden Erstgebärenden waren 25 bezw. 28 Jahre alt.

Nach den sehr ungenauen Angaben zu schliessen, war die Geburtsdauer meist recht erheblich verzögert, in mehreren Fällen auf etwa 72 Std., meist wurde ja zudem der spontane Geburtsverlauf nicht abgewartet, sondern durch Kunsthilfe unterbrochen. Auch bei den Fällen von Stirnlage findet sich nur einmal, im Fall No. 6, eine Angabe über enges Becken. In 5 Fällen wurde wegen schlechter Wehenthätigkeit Morphium verabreicht.

Ein Dammriss ist in keinem der vorliegenden Fälle verzeichnet, doch mussten einmal in Fall 3 bei einer Zangenextraktion 2 kleine seitliche Scheidendammincisionen gemacht werden, die durch prima intentio heilten.

Steinbüchel[1]) zählte in den Jahren seit genauer Notirung jedes Dammrisses 37,5 Proc.

Auch bei diesen sämtlichen Fällen hatten wir, wie bei den Gesichtslagen niemals den Verlust eines mütterlichen Lebens zu beklagen, während Steinbüchel[1]) unter den 8 Fällen seit Einführung der aseptischen Geburtsleitung zweimal, Winckel[1]) in der Poliklinik der Münchener Frauenklinik in 10 Fällen einmal, also in 10 pCt., den Verlust der Mutter verzeichnen musste.

Temperatursteigerungen im Wochenbett wurden in 5 Fällen beobachtet, wobei allerdings ein Fall auf einen fieberhaften

[1]) v. Steinbüchel, Über Gesichts- und Stirnlagen, Wien, 1894.

[2]) v. Winckel, Berichte und Studien. (Die Kgl. Universitätsfrauenklinik in München in den Jahren 1884—1890.)

Lungenkatarrh entfällt, ein andermal die erhöhte Temperatur durch Schrunden der Mamma hervorgerufen wurde.

Von den übrig bleibenden 3 Fällen, die 27,27 Proc. der Gesamtzahl repräsentieren würden, traten diese Temperatursteigerungen bei einem nur an einem Tage auf.

In den beiden anderen Fällen war Perforation und Cranioclasie ausgeführt worden, wobei ein Fall noch mit totalem Eihautdefekt vergesellschaftet war, weshalb die Eihaut manuell entfernt werden musste. Winckels[1]) Morbidität in der Münchener Poliklinik betrug 2 resp. unter Hinzurechnung eines Falles, der verstorben ist, 3 von 10 Fällen.

Neunmal war das Geburtsprodukt männlichen, zweimal weiblichen Geschlechts, wobei ich wieder den in Schädellage spontan korrigierten Fall (ein Mädchen) unberücksichtigt lasse. Das Verhältnis von Knaben zu Mädchen stellte sich hier also wie 450 : 100.

Spontan geboren wurden in Stirnlage nur 3 Kinder, also in 27,27 Proz., das eine, ein Anencephalus, nach Punktion des vorhandenen Hydramnions von 4 l. in II. Stirnlage. Das zweite gleichfalls in II. Lage, nachdem es unter der Geburt abgestorben war. Das 3. Kind wurde lebend in I. Lage geboren. Es ist dies der Fall Nr. 12, welcher, nachdem sich in der Poliklinik ein Wendungsversuch wegen bereits feststehenden Kopfes nicht mehr als ausführbar erwiesen hatte, bei absoluter Wehenlosigkeit nach der Klinik überführt wurde, und bei dem, wohl durch den Transport angeregt, gleich nach der Ankunft daselbst kräftige Wehen einsetzten, die die Geburt spontan beendeten.

Ein Fall No. 5 korrigierte sich spontan, wie schon mehrfach erwähnt, unter der Geburt in Schädellage, obwohl interessanter Weise die Bemühungen des behandelnden Arztes, eine Schädellage herzustellen, missglückt waren und sogar die Entstehung einer Gesichtslage herbeigeführt hatten.

In sämtlichen anderen Fällen, 8 an der Zahl, wurde die Geburt operativ beendet und zwar 6 mal durch Zangenextraktion, die das Kind viermal in Stirnlage, einmal in Gesichtslage und einmal in Vorderhauptslage entwickelte. Zwei-

[1]) v. Winckel, Berichte und Studien. (Die Kgl. Universitätsfrauenklinik in München in den Jahren 1884—1890.)

mal wurde die Perforation des inzwischen abgestorbenen Kindes mit anschliessender Cranioklasie ausgeführt.

Die Operationsfrequenz betrug somit für Zangenoperationen 54,54 Proc., für Perforation und Cranioklasie 18,18 Proc., die Gesamtoperationsfrequenz also 72,72 Proc. in wesentlicher Übereinstimmung mit der von Winckel[1]) für die Poliklinik der Münchener Frauenklinik angegebenen von 70 Proc., während Steinbüchel[2]) unter seinem klinischen Material nur 51,35 Procent Operationsfrequenz feststellt.

Die 3 spontan verlaufenen und die operativ beendeten 8 Fälle insgesamt produzierten: lebensfrisch 6 Kinder, also 54,54 Proc., asphyktisch, aber wiederbelebt, 2 Kinder = 18,18 Proc., in 3 Fällen war das kindliche Leben nicht mehr zu retten und in einem Falle wurde, wie bereits erwähnt, ein lebensunfähiger Anencephalus geboren.

Die Gesamtmortalität beträgt somit betreffs aller Totgeburten 36,36 Proc. Den durch die ungünstige Lage offenbar bedingten Schädigungen fielen 27,27 oder rund 27 Proc. Kinder zum Opfer, was mit Steinbüchels[2]) Beobachtungen ungefähr übereinstimmt, der 29,4 Proc. Mortalität angiebt, wogegen sich die Winckels[1]) in der Poliklinik sogar auf 60 Proc. stellt.

Bezüglich etwa vorhanden gewesener ätiologischer Momente kommen nach den Aufzeichnungen bei unseren Fällen nur in Betracht:

Einmal Zwillinge kombiniert mit Hydramnios (auch hier wurde der erste Zwilling in der Deflexionshaltung geboren, der zweite folgte in II. Schädellage).

Ein zweites Mal ein Anencephalus ebenfalls mit Hydramnios vergesellschaftet und schliesslich ist einmal ein enges Becken verzeichnet. In dem in der Klinik beendeten Fall ist das Gewicht auf 3370 gr bei 52 cm Länge notiert.

Haben wir die Prognose für die Mutter bei Gesichtslagen im allgemeinen ziemlich günstig stellen können, so ist dies doch nicht so der Fall bei Stirnlagen. Diese für den Verlauf in Gesichtslage gestellte Prognose wird nicht so alteriert

[1]) v. Winckel, Berichte und Studien. (Die Kgl. Universitätsfrauenklinik in München in den Jahren 1884—1890.)

[2]) v. Steinbüchel, Über Gesichts- und Stirnlagen, Wien, 1894.

werden, wenn, wie es so oft, oder gar zumeist vorkommt, die ursprüngliche Stirneinstellung sich in eine günstigere Lage umwandelt. Persistiert die Stirneinstellung auch weiterhin, so wird natürlich auch die Gefahr für die Mutter eine weit grössere.

Bei der nicht unerheblich verlängerten Geburtsdauer und dem noch dazu oft vorzeitig erfolgenden Blasensprung kommt eine Infektion natürlich viel leichter zu stande, als bei jenen rascher verlaufenden Geburtsmechanismen.

Dazu kommt ausserdem noch die bedeutend erhöhte Operationsfrequenz. Demnach ist also die Prognose für die Mutter entschieden ungünstiger zu stellen, wenn auch, wie Küstner[1]) sagt, diese Gefahr sich mit der modernen Asepsis auf ein Minimum einengen lässt.

Ausserdem werden entschieden auch an die mütterlichen Weichteile, innere wie äussere, grössere Anforderungen als sonst gestellt, da zunächst das Kind mit seinem ziemlich grössten Schädelumfang, von der Nase bis zur kleinen Fontanelle, den Geburtskanal passiert, und die Stirnlage dann schliesslich, ebenfalls nach oben genanntem Autor, beim Durchschneiden des Schädels die grösste Ausdehnung der Vulva erfordert.

Ist zudem noch ein Missverhältnis zwischen Kindskopf und Becken vorhanden, so ist namentlich nach schon längerer Geburtsdauer, wenn nicht bald durch ärztliche Hilfe abgewendet, die Gefahr einer Uterusruptur nicht von der Hand zu weisen.

Bei der Prognose für das kindliche Leben muss hier zunächst auch wiederum der schon früher erwähnte Küstnersche[1]) Satz seinen Platz finden, dass die Gefahr asphyktisch zu grunde zu gehen in gerader Proportion zur Länge der Geburtsdauer steht. Diese Gefahr wird noch dadurch vergrössert, dass bei der angestrengten Wehenthätigkeit, die selbst oft Krampfwehen Platz macht, die Placentarrespiration sehr beeinträchtigt wird.

Therapeutisch würde der Stirnlage gegenüber, wenn sie sich auch schliesslich oft von selbst in eine für den Geburtsverlauf günstigere Lage korrigiert, doch wohl jener absolut

[1]) P. Müllers, Handbuch der Geburtshilfe, Bd. II.

zuwartende Standpunkt kaum angebracht, ein aktiveres Vorgehen aber gerechtfertigt erscheinen.

Steht der Kopf noch nicht fest, so würde bei Stirnlage, wenn derselbe nicht in einem stärkeren räumlichen Missverhältnis zum Becken steht, der Versuch einer Lagekorrektion, entweder nur durch äussere Handgriffe, wie Schatz, oder durch innere, wie Baudelocque, oder schliesslich kombiniert, wie Thorn, wohl angebracht sein. Man kann diese Handgriffe auch, wenn nötig, wie Winckel[1]) es für die Gesichtslage vorschlägt, nacheinander in der genannten Reihenfolge in Anwendung bringen, da der erstere, als äusserer, schon vor Eröffnung des Muttermundes ausgeführt werden kann. Gelingt er nicht, so kann man, sobald der Muttermund für 2 Finger durchgängig ist, den Baudelocqueschen Handgriff versuchen, und führt auch er nicht zum Ziel, so würde immer noch, sobald der Muttermund so weit erweitert ist, dass er für die ganze Hand passierbar ist, der kombinierte Handgriff übrig bleiben.

Ist aber, wie schon erwähnt, ein stärkeres räumliches Missverhältnis zwischen dem Kopf des Kindes und dem mütterlichen Becken vorhanden oder sind schliesslich alle angegebenen Handgriffe misslungen, so wird man immer noch an der inneren Wendung eine Handhabe haben, die Geburt eventuell zu einem raschen und meist günstigeren Ende zu führen, als sie beim Verlauf in der ursprünglichen Einstellung zu nehmen pflegt.

Ist der Kopf jedoch in dieser ungünstigen Haltung in das Becken eingetreten, so müsste man auch bei Stirnlage dem exspektativen Verhalten den Vorzug geben, da ja auch dann noch, wie uns jener oben erwähnte Fall lehrt, eine Selbstkorrektion eintreten kann.

Wird mit Rücksicht auf die Mutter oder das kindliche Leben die schleunige Entbindung erforderlich, so ist ein Zangenversuch indiziert. Aber auch hier soll es, wie ich es auch bei der Gesichtslage betonte, nur eben ein Versuch sein. Gewinnt man dabei die Überzeugung, dass ohne schwere Verletzungen der Mutter eine Entwickelung des lebenden Kindes

[1]) v. Winckel, Lehrbuch der Geburtshilfe.

nicht möglich ist, so muss auch hier zu gunsten der Mutter auf das kindliche Leben verzichtet werden und, wenn es der Zustand der Mutter erlaubt, die Spontangeburt abgewartet werden. Geht aber von dieser die Indikation zur Entbindung aus, ist eine Rettung des mütterlichen Lebens unter Verzichtleistung auf das kindliche möglich, oder auch nur eine lebensgefährliche Erkrankung derselben dadurch zu vermeiden, so ist die Perforation, selbst des lebenden Kindes, mit aller Entschiedenheit indiziert.

Resumée.

A. Gesichtslage.

1. Eine Gesichtslage kommt auf 45 poliklinische Entbindungen am Ende der Schwangerschaft und auf 46 unter Hinzurechnung der Frühgeburten im VII—IX. Schwangerschaftsmonat.

2. Entgegen den Ergebnissen Steinbüchels beobachtete ich wieder die Häufigkeit der zweiten Stellung, die der ersten gegenüber in einem Verhältnis von 1,00 : 0,76 stand.

3. Das Verhältnis der Erstgebärenden zu den Wiederholtgebärenden war 1 : 271, gegenüber 1 : 281 bei allen poliklinischen Entbindungen.

4. Die verhältnismässig grösste Zahl der Gebärenden fand sich zwischen dem 25. und 30. Lebensjahre; die Mehrzahl der Erstgebärenden stand zwischen dem 24. und 28. Jahre, ein Vorwiegen alter Erstgebärender wurde nicht beobachtet.

5. Die Geburtsdauer bei Gesichtslagen ist gegenüber der allgemeinen verzögert, doch im Durchschnitt nicht gerade in erheblichem Masse.

6. Eine Mortalität der Mutter war nicht zu verzeichnen.

7. Die Morbidität an fieberhaften Wochenbettserkrankungen betrug 4 Fälle = 7,7 Proc.; Dammrisse kamen in 6 Fällen = 11,53 Proc. vor, darunter 2 zweiten Grades.

8. Eine besondere Häufigkeit der Mädchengeburten bei Gesichtslage war bei unseren Fällen nicht vorhanden; Knaben zu Mädchen = 108 : 100.

9. Bei Spontangeburt wurden
lebensfrisch 72,34 Proc.,
asphyktisch 17,02 Proc. und
tot 10,63 Proc.
Kinder geboren, wovon den Schädigungen durch die unmittelbaren Geburtsvorgänge 8,51 Proc. zur Last fallen.

10. Operative Geburtsbeendigung erfolgte in 5 Fällen = 9,51 Proc. Die Gesamtmortalität der Kinder bei spontan und operativ beendeten Fällen betrug 17,3 Proz., wovon 11,53 Proc. den Geburtsschädigungen zuzuschreiben sind.

11. Der Thornsche Handgriff war stets ohne Erfolg.

12. Die Prognose für die Mutter ist günstig, für die Kinder jedoch nicht absolut günstig zu stellen.

13. Die Gesichtslage ist stets exspektativ zu behandeln; eine Indikation für operative Entbindung wird nur durch Komplikationen, die seitens der Mutter oder des Kindes eintreten, gegeben.

B. Stirnlagen.

14. Eine Stirnlage kam auf 217 poliklinische Entbindungen.

15. Das Verhältnis der ersten zur zweiten Stellung betrug 1 : 2 im Gegensatz zu Steinbüchel, der 2 : 1 verzeichnet.

16. Das Verhältnis der Erstgebärenden zu den Wiederholtgebärenden betrug 100 : 450.

17. Die grösste Zahl der Gebärenden fand sich zwischen dem 28. und 31. Lebensjahre.

18. Die Geburtsdauer war meist erheblich verlängert.

19. Eine Mortalität der Mütter war nicht zu verzeichnen.

20. Die Morbidität betrug 36,36 Proc.

21. Das Verhältnis der Knaben zu Mädchen war 450 : 100.

22. Die Stirnlage kann sich unter der Geburt noch spontan korrigieren.

23. Die Operationsfrequenz betrug 72,72 Proc.

24. Die Gesamtmortalität der Kinder betrug 36,36 Proc., wovon 27 Proc. den Geburtsschädigungen beim Verlauf im Stirnlagenmechanismus zum Opfer fielen.

25. Die Prognose für die Mutter ist ungünstiger durch die längere Geburtsdauer, erhöhte Infektionsgefahr, vermehrte Operationsfrequenz und grössere Gefährdung der mütterlichen Weichteile, für die Kinder durch die längere Geburtsdauer und die durch die angestrengtere Wehenthätigkeit eingeschränkte Placentarrespiration.

26. Die Therapie wird meist eine operative sein: Bei beweglich über dem Beckeneingang stehendem Kopf korrigierende Handgriffe oder Wendung, bei fest im Becken stehendem Kopf Zangenextraktion oder Perforation mit anschliessender Cranioklasie.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Küstner, für die Anregung, sowie für die freundliche Überlassung des Materials zu dieser Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Thesen.

1. Der Versuch der Zangenextraktion mit Scanzonischer Drehung ist bei mentoposteriorer Gesichtslage bei eintretender vitaler Indikation seitens der Mutter oder des Kindes unter allen Umständen gerechtfertigt.
2. Die Äthernarkose weist viele Vorzüge vor der Chloroformnarkose auf.
3. Die Tetanie wird durch eine Autointoxikation des Organismus hervorgerufen.

Lebenslauf.

Ich, Georg Kunicke, evangelischer Konfession, geboren am 16. Mai 1874 zu Klein-Muritsch, Kreis Trebnitz, als Sohn des Kultur-Ingenieurs Albert Kunicke und dessen Ehefrau Elisabeth, geb. Nerreter, erhielt Ostern 1894 vom Johannes-Gymnasium zu Breslau das Reifezeugnis zum Universitätsstudium. Meinem medizinischen Studium lag ich zunächst in Breslau ob, wo ich auch vom 1. April bis 30. September mein erstes Militärdiensthalbjahr beim Grenadier-Regiment Kronprinz Friedrich-Wilhelm (2. Schlesisches) No. 11 ableistete. Während des Wintersemesters 1896/97 besuchte ich alsdann die Universität Würzburg. Daselbst bestand ich am Ende genannten Semesters das Tentamen physicum. Dann wieder nach Breslau zurückgekehrt, beendete ich hier am 28. Februar 1900 die medizinische Staatsprüfung und bestand am 8. März das Tentamen rigorosum. Vom 15. März bis 14. September 1900 leistete ich das zweite Halbjahr meiner militärischen Dienstzeit als einjährig-freiwilliger Arzt beim Feldartillerie-Regiment von Peucker (Schlesischen) No. 6 in Breslau ab und übte im Anschluss daran als Unterarzt der Reserve beim Infanterie-Regiment v. Winterfeldt (2. Oberschlesischen) No. 23. Am 15. Dezember 1900 wurde ich durch Allerhöchste Kabinetsordre zum Assistenzarzt der Reserve befördert. Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten: Born †, Chun, Cohn †, Czerny, Filehne, Flügge, Fraenkel, Gaupp, Groenouw, Hasse, Heidenhain †, Heine, Henke, Hofmeier, Hürthle, Kast, Kaufmann, Kausch, Keilmann, Kionka, Kühnau, Kümmel, Küstner, Ladenburg, v. Leube, Meyer, v. Mikulicz-Radecki, Neisser, Ponfick, Richter, Schäffer, Schoenborn, Uhthoff, Weintraud, Wernicke.

Allen diesen meinen verehrten Lehrern sage ich hiermit meinen ergebensten Dank.